

ANMELDUNG

Patient

Patient bitte direkt aufbieten

Anrede:

Telefon:

Name:

Telefon:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Modalität (mindestens 1 auswählen!)

MRI

CT

DVT

Röntgen / Durchleuchtung

Ultraschall

Mammografie (inkl. Tomosynthese)

Bestmögliche / effizienteste Methode nach Ermessen des Radiologen

Gewünschte Untersuchungen (Regionen / Organe / Technik):

Medizinische Angaben (Anamnese / Fragestellung):

Zusatzangaben

Niereninsuffizienz: Ja Nein Serum-Kreatinin: _____ µmol/l

Allergien: Ja Nein Herzschrittmacher: Ja Nein Resultat gewünscht bis:

Kopie an:

Zuweisender Arzt:

Telefon:

E-Mail:

GLN:

Unterschrift:

Datum:

bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Zentrum für Bilddiagnostik.

Zentrum für Bilddiagnostik
Centralbahnstrasse 4, 4051 Basel, T 061 281 69 69

Radiologie Zentrum Fricktal
Kaiserstrasse 5-7, 4310 Rheinfelden, T 061 836 80 80
radiologiefricktal@hin.ch

Für unsere Standort in Basel und Muttenz:
Patienten ganz einfach online zuweisen: www.bilddiagnostik.ch/termine
Log-in Daten erhalten Sie unter frontdesk@bilddiagnostik.ch und T 061 281 69 69

Montag - Donnerstag 8.00 - 18.00 Uhr, Freitag 8.00 - 17.00 Uhr

Montag - Freitag 8.00 - 18.00 Uhr